

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1889

THÈSE

N°

317

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 18 juillet 1889, à 1 heure

PAR

Jean MEUNIER

Né à Saint-Gervais d'Auvergne, (Puy-de-Dôme) le 27 juillet 1862.

ERUPTIONS IODOFORMIQUES

Président : M. BALL, professeur.

Juges : { MM.
 { PROUST, professeur.
 { LANCEREAUX et TROISIER, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical



PARIS

IMPRIMERIE DES ÉCOLES

HENRI JOUVE

23, rue Racine 23,

1887

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DAMASCHINO.
	{ DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....	{ GUYON.
	{ LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	DUPLAY.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés.....	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	{ STRAUSS
	{ G. SEE.
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
	{ GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.....	BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	{ RICHET.
	{ VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....	{ TRELAT.
	{ LE FORT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	N.

Professeurs honoraires : MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY
et PAJOT..

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	HANOT.	POIRIER, chef des	RIBEMONT-DESSAIGNES
BLANCHARD.	HANRIOT.	travaux anatomiques	ROBIN Albert.
BOUILLY.	HUTINEL.	POUCHET.	SCHWARTZ.
BRISSAUD.	JALAGUIER.	QUENU.	SEGOND.
BRUN.	JOFFROY.	QUINQUAUD.	TROISIER.
BUDIN.	KIRMISSON.	RAYMOND.	VILLEJEAN.
CAMPENON.	LANDOUZY.	RECLUS.	
CHAUFFARD.	MAYGRIER.	REMY.	
DEJERINE.	PEYROT.	REYNIER.	

Le secrétaire de la Faculté ; CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans
es dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à
leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BALL

Professeur de clinique des maladies mentales

Médecin de l'hôpital Laënnec

Membre de l'Académie de médecine

Chevalier de la Légion d'honneur.

ERUPTIONS IODOFORMIQUES

Parmi les nombreuses éruptions médicamenteuses, il en est peu assurément qui intéressent à un aussi haut degré le chirurgien que les éruptions produites par l'iodoforme. Quand Sérullas découvrit l'iodoforme en 1822, et après que Bouchardat l'eut introduit dans la thérapeutique, 1836, on aurait difficilement conjecturé que cette substance deviendrait un des engouements de la chirurgie contemporaine. L'iodoforme en effet, entre les mains d'un grand nombre de chirurgiens, est devenu un élément essentiel du pansement Listérien. D'abord employé dans des cas bien déterminés, comme agent modificateur des plaies scrofuleuses ou syphilitiques, on est arrivé en Allemagne surtout à s'en servir systématiquement dans le traitement des plaies fraîches, à des doses trop souvent aventureuses, sans tenir compte de l'âge des sujets, de la nature et du siège de l'affection. C'est surtout à la suite des travaux du professeur Mosetig Morow, de Mikulicz qu'on vit naître cet enthousiasme exagéré qu'on put qualifier à bon droit d'iodoformanie ; Kœnig à la fin de l'année 1881 s'exprimait ainsi : « L'iodoforme est un antiseptique éminent, et son mode d'emploi est si *simple*, que ce n'est que grâce à lui que la méthode antiseptique pourra devenir populaire.

Bientôt cependant, des accidents apparurent à la suite de l'emploi chirurgical de l'Iodoforme ; au début grandes avaient été les espérances, grandes aussi furent dans la suite les déceptions.

Koenig le premier jeta le cri d'alarme : celui qui avait été un des plus ardents défenseurs de cet antiseptique n'hésita pas à lui faire un procès en règle : « Il n'est pas permis, dit-il, de recommander l'emploi de l'Iodoforme comme moyen général de pansement, à la suite des grandes opérations et des grandes blessures ». Après les premiers cas d'Intoxication rapportés par Mikulicz et observés dans le service de Billroth, parut le mémoire de Koenig contenant 48 observations. Puis, Max Schède, Kocher, Czerny, Le Dentu, Berger, dans une excellente revue de 1883, et bien d'autres apportèrent leur contingent de faits d'intoxication Iodoformique. Enfin, en 1886, la Thèse d'agrégation de Brun vint synthétiser la question des accidents imputables aux antiseptiques, à l'Iodoforme en particulier. Tous ces auteurs eurent spécialement en vue l'étude des accidents généraux, ceux qui par leur gravité exceptionnelle et leur fréquence, attirèrent tout d'abord l'attention ; et là, disons-le à l'honneur de la chirurgie française, notre littérature céda le pas à la littérature allemande. Mais à côté des manifestations générales dues au poison iodoformique, il est toute une classe d'accidents sur lesquels les auteurs n'ont peut-être pas suffisamment insisté. Nous voulons parler des localisations cutanées de l'Intoxication. Nous voici dans le vaste domaine des éruptions médicamenteuses ; loin de nous la pensée de résoudre le grand problème de leur pa-

thogénie, de leurs analogies ; nous nous contentons de grouper les faits connus, épars jusqu'à présent dans les annales de la science d'étudier les différentes formes, la marche des accidents, et leur prophylaxie.

HISTORIQUE

« L'action nocive locale de l'Iodoforme ne présente qu'une importance secondaire. Les manifestations irritatives auxquelles elle donne lieu sont, en effet, peu fréquentes, de nulle gravité, et ne diffèrent en rien au point de vue de leur pathogénie des éruptions artificielles d'origine quelconque. » (*thèse de Brun. 1886*). A l'appui de cette opinion, l'auteur précité mentionne quelques cas d'accidents locaux, observés par Kœnig, le Dentu, Fifield, Goodell et Neisser. Dans ces cas, il s'agissait bien en effet d'accidents purement locaux, partis du foyer originel, lieu d'application de l'antiseptique ; mais, sont passés sous silence des cas bien plus intéressants ; ceux dans lesquels, les manifestations cutanées ont débuté loin de la plaie, voire même sans qu'il y ait eu application d'Iodoforme, comme nous le verrons plus loin.

Zeissel, le premier, publia deux observations de ce genre en 1881. (*Allg. Wien. Med. Ztg*, XXVI, 455-1881).

Fifield rapporte un cas dans le *Boston Med. and surgical* 16 mars 1882.

Puis Le Dentu, dans une leçon clinique publiée par *La Personne* dans le numéro du 11 mars 1882, de la *France médicale*, signale incidemment un eczéma surve-

nant chez un amputé de la jambe. Un cas de Paul Fabre de Commeny, parut dans la *Gazette médicale* de Paris, 18 octobre 1884, sous le titre suivant : « Eruption eczéma-teuse provoquée par l'application d'une pommade iodo-formée chez un syphilitique. »

Puis Neisser, de Breslau, qui le premier d'après Janowsky, aurait observé une série de sept cas, désignés sous le nom de dermatose erythémateuse à petites vésicules.

Ce travail a paru dans le numéro du 24 juillet 1884, de la *Deutsche medicinische Wochenschrift*.

Une observation originale appartient au docteur Kostersyke qui a décrit les curieux effets de l'iodoforme sur lui-même. Ce cas est rapporté sous le titre suivant : « Hochgradige idiosynkrasie gegen Iodoform und Carbol » *Deutsche Medicinal Zeitung*. April 26-1886.

Un travail plus important dû à Janowsky de Prague, lu au congrès de Copenhague 1884, contient la relation de six observations prises, partie à la clinique de l'hôpital général de Prague, partie dans sa clientèle privée.

Les faits observés par ce dernier auteur sont au nombre de huit.

Goodell cite un cas : « *Boston med. and surg. Journal*, avril 9-1885. »

Treves a observé deux cas : « *The Iodoform Rash* » *Practitioner* october 1886. »

Taylor, dans le journal de *New-York* 1887, a fait une étude très complète des exanthèmes iodoformiques. Sa propre expérience lui a permis de relater huit observations ;

qui ajoutées aux seize autres qu'il a recueillies çà et là, lui donnent un total de 24 observations.

On doit encore à Hœpfl la relation assez incomplète d'un cas d'érythème iodoformique.

Plus près de nous, Victor Wallich, interne des hôpitaux, a publié dans le numéro du samedi 15 octobre 1887, un cas très intéressant d'exanthème iodoformique, à la suite d'une amputation de doigt.

Enfin, le docteur Trousseau, dans une communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 12 novembre 1887, et Vanheeuverswyn dans les bulletins de la Société anatomo-clinique de Lille 1887, ont ajouté deux nouveaux cas d'éruptions cutanées à la suite de l'emploi de l'Iodoforme.

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Sans entrer ici dans la discussion du mécanisme intime des éruptions iodoformiques, nous examinerons brièvement les différentes opinions qui ont été émises à ce sujet. Et d'abord par quelles voies cette substance introduite dans l'organisme, peut-elle déterminer des troubles de nutrition de la peau ? Hогyes et (1) Binz (2) en étudiant les effets produits par l'iodoforme, les trouvent identiques à ceux produits par l'iode (l'iodoforme contient 95/100 de ce métal-loïde). Celui-ci est facilement dégagé des solutions alcooliques, éthérées, graisseuses de l'iodoforme. Trois voies lui sont offertes, pour pénétrer l'organisme : la voie pulmonaire, la voie intestinale, et la voie cutanée.

Dans le premier cas, l'iodoforme volatilisé vient impressionner les muqueuses trachéales et pulmonaires, fait qui, à défaut d'expériences bien concluantes est démontré par notre observation, où nous voyons le sujet pris d'accidents cutanés après avoir simplement respiré de la poudre d'iodoforme.

Introduit en nature dans l'estomac, ou dans un récipient qui n'a pas la propriété de le dissoudre, l'iodoforme produit des effets peu intenses et lents.

1. Hогyes. *Arch. f. Exper. Path.* 1879, vol X. p. 228.

2. Binz. *Arch. f. Exper. Path.* Vol. VIII p. 309. Vol. XIII. p. 113.

Si au contraire, on l'ingère, ses effets sont rapides et dangereux même à dose relativement faible.

Neisser prétend n'avoir jamais observé d'éruptions à la suite d'ingestion d'iodoforme.

Cependant, Hogen a démontré qu'introduit dans le tube intestinal, il se dissout dans les substances grasses avec lesquelles il se trouve en contact (matières grasses du tube digestif) : de cette solution l'iode devient libre, et se fixe sur les matières albuminoïdes. L'iodoforme semble donc pénétrer dans l'organisme à l'état d'iodure albumineux. C'est donc sous cette forme, de même que l'iode, qu'il arriverait dans la circulation.

Mais, c'est surtout par la voie cutanée, à la suite d'application sur une peau dénudée que le poison agit avec plus de violence. Là aussi, l'iodoforme est mis en présence des acides gras de la sueur, et par ce fait, décomposé. En effet, les nombreux cas d'accidents par son application externe, dans lesquels on trouve de l'iode dans toutes les sécrétions nous le prouvent. Aussi, Binz a-t-il affirmé qu'en maints cas d'ulcères on trouve les conditions nécessaires pour la mise en liberté de l'iode.

Que l'iodoforme pénètre dans l'organisme par la voie pulmonaire, cas le moins fréquent, que ce soit par la voie stomacale, ou qu'enfin il prenne la voie cutanée, les éruptions qui pourront accompagner son usage, n'auront jamais lieu avant qu'il ne soit pris par le torrent circulatoire. Behrend, (*Berl Med Gesellschaft* 18 déc. 1878) a bien étudié l'étiologie des éruptions médicamenteuses. Voici ce qu'il dit à ce sujet : « Il est nécessaire qu'il s'écoule entre le moment de

l'ingestion et l'apparition de l'éruption, un temps suffisant pour leur absorption. L'intervalle doit être naturellement minime, car ordinairement des quantités infinitésimales suffisent pour produire l'éruption : la durée de l'incubation doit donc varier suivant le coefficient d'absorption des diverses substances. »

Mais quelle est la raison de ces éruptions ?

Dès 1859 Fischer était disposé à admettre une certaine influence diathésique sans pouvoir cependant en donner une démonstration. D'autres auteurs après lui ont voulu faire jouer un rôle important aux constitutions rhumatismales, eczémateuses, syphilitiques. Fabre, par exemple, rappelle que le sujet de son observation avait eu sept mois auparavant une poussée eczémateuse, puis une seconde poussée peu de temps après ; il en conclut que la facilité avec laquelle l'eczéma a reparu sous l'influence de l'application de la pommade iodoformée, est facilement expliquée par l'irritation nouvelle qui aurait ainsi réveillé la diathèse eczémateuse.

Certains ont voulu voir dans ces éruptions un produit d'irritation locale : il suffit, pour prouver la fausseté de pareilles assertions, de considérer la disproportion qui existe dans beaucoup de cas entre l'étendue de l'éruption et la quantité minime du médicament employé. Si on réfléchit, en outre, que des éruptions ont été observées à distance, loin du foyer primitif, on aura une preuve évidente que le poison a été absorbé, charié dans l'économie ; qu'en un mot elles ne peuvent être le résultat d'une action directe, d'une élimination cutanée.

Enfin les partisans de la théorie humorale, au nombre desquels il faut placer Neisser, Taylor, et Janowski, se basant sur la rareté des éruptions, sur la petite quantité nécessaire dans certains cas à leur éclosion, admettent une idiosyncrasie, une certaine prédisposition individuelle. Malheureusement certains faits viennent à l'encontre de cette dernière théorie, qui n'est pas plus satisfaisante que les autres.

Dans l'état actuel de la science, il est donc impossible de se prononcer pour l'une ou l'autre de ces théories ; il faut se contenter des faits bien et dûment démontrés, et accepter avec Behrend les deux propositions suivantes : « 1° Un médicament donné dans des conditions apparemment semblables, peut produire des éruptions tout à fait différentes ; 2° Autant qu'on peut le déterminer, il y a une quantité constante dans la formation de ces éruptions, c'est-à-dire que l'emploi répété du médicament chez le même individu produit constamment la même éruption. »

Quels sont les facteurs plus directs qui interviennent dans la production des accidents ?

Le mode d'emploi de la substance, la nature de la plaie, la constitution du sujet, l'âge et l'état du blessé doivent être à ce point de vue successivement examinés.

Et d'abord, quelle est l'influence de la quantité du médicament employé ? Ici nous en sommes réduits à des conjectures : il est regrettable que le tableau que nous rapportons plus loin, dressé par Taylor, ne contienne pas d'indications à ce sujet. On peut dire qu'il n'y a pas de règle fixe : tantôt, les doses employées avaient dépassé 80 et 100 gr. ;

tantôt au contraire, c'est à peine si la quantité de 2 à 3 grammes avait été atteinte.

La forme de la substance paraît jouer un rôle plus considérable. D'après Gutebrock, l'iodoforme finement pulvérisé serait plus facilement absorbé qu'appliqué sous forme de cristaux. C'est pour la même raison, que la gaze iodoformée, renfermant, quand sa préparation est bonne, une grande quantité d'iodoforme en poudre, a pu produire un certain nombre d'accidents.

Cependant, Neisser n'attache aucune importance à la forme sous laquelle est appliquée la substance ; que ce soit en poudre, en pommade, en solution dans l'éther ou le collodion. Nous avons vu que pour cet auteur, l'application externe paraît seule aussi efficace que funeste : ainsi, dans deux cas où la dermatose pouvait être provoquée à volonté, on ne put jamais obtenir un exanthème artificiel en donnant l'iodoforme à l'intérieur. On a encore signalé, relativement au mode d'emploi de la substance, deux conditions propres à favoriser l'absorption et l'intoxication : ce sont la compression exercée au niveau du pansement, et l'association du pansement de Lister au pansement à l'iodoforme. La première doit jouer en effet un certain rôle dans la décomposition lente et graduelle du poison : quant à l'influence de la seconde, admise par Mosetig, elle est purement imaginaire. Ne voyons-nous pas en effet dans la presque totalité des services hospitaliers de Paris, l'acide phénique et l'iodoforme concurremment employés, sans qu'il en résulte d'accidents sérieux ?

Et d'autre part, est-il toujours facile de distinguer ce qui

revient dans les pansements de ce genre, à l'une et à l'autre des deux substances.

L'influence exercée sur l'apparition des accidents par la nature, le siège et l'étendue de la plaie joue un rôle autrement considérable. C'est surtout dans les plaies fraîches, à large surface, absorbante, ou encore dans les trajets fistuleux, où l'iodoforme est destiné à séjourner longtemps, sans qu'on puisse l'extraire facilement, dans les clapiers, les ulcères suintant beaucoup, partout, en un mot, où se trouvent réunies les conditions favorables à la mise en liberté de l'iode.

Le lieu d'application de l'antiseptique paraît également devoir être pris en considération. L'absorption étant en raison directe de la vascularisation des parties, il était tout naturel de penser que les points richement irrigués, tels que la face, les mains, les doigts, les orteils, deviendraient facilement à la suite de pansements iodoformiques des foyers d'intoxication. Dans nos observations, nous voyons en maintes circonstances l'éruption partir de ces points pour s'étendre plus ou moins loin. Enfin, il est certaines régions, telles que le vagin, la vulve, le rectum, qui semblent constituer un terrain favorable à l'absorption et à la production des accidents. Chez deux malades observés par Neisser, il existait un eczéma de l'anus et du périnée, entretenu par des suppositoires à l'iodoforme. Dans deux autres cas, cités par le même auteur, une dermatose érythémateuse apparaissait régulièrement sur la partie interne et supérieure de la cuisse, à la suite d'une application d'iodoforme à la vulve.

Pour terminer ce qui a rapport avec le siège de la lésion,

nous dirons avec Hogyes, que là où il existe des graisses, l'iodoforme est dissous, et que par conséquent dans les cas d'extirpation du sein, d'opérations sur les sujets gras, de lésions portant sur les os, il n'est pas rare comme nous le voyons dans l'obs. 20. — d'assister à des manifestations cutanées toxiques.

Il nous reste maintenant à examiner quel est le rôle étiologique attribué au sexe, à l'âge, aux diathèses.

L'influence du sexe paraît absolument nulle.

L'âge au contraire mérite d'être rangé au nombre des facteurs les plus importants. Dans la statistique de Taylor nous trouvons : 3 malades n'ayant pas atteint la puberté : 11 entre vingt et 30 ans ; 7 entre trente et quarante ; 1 seul avait 61 ans.

Cette statistique concorde peu avec celle donnée par Brun, et concernant les accidents généraux. D'après lui les enfants sont rarements atteints, chez les vieillards au contraire les accidents sont généralement fréquents. On peut, il nous semble, expliquer ce désaccord de la façon suivante : l'intoxication générale s'attaquera de préférence aux sujets débilités et séniles, l'intoxication cutanée se greffera plus facilement sur un terrain diathésique. Et là nous aurons en vue principalement, les diathèses eczémateuse, rhumatismale, peut-être syphilitique ; et à l'appui de cette opinion nous citerons les sujets de nos observations.

ETUDE CLINIQUE ET FORMES DES ERUPTIONS IODOFORMIQUES.

Les lésions cutanées dues à l'iodoforme peuvent être rangées sous la dénomination de Dermatitis qu'on peut diviser d'après leur fréquence en : erythème, eczéma, purpura.

Avant de commencer l'étude de ces différentes formes cliniques, nous ne pouvons passer sous silence certains accidents attribués à l'emploi de l'iodoforme.

Nous voulons parler de l'érysipèle. Malgré les affirmations formulées par Gorges et principalement par Schéde nous ne pouvons admettre que l'iodoforme puisse devenir un facteur de l'érysipèle.

Ce dernier auteur observa en trois mois trente-neuf cas avec quinze décès dans son service, parmi lesquels dix-sept cas et six décès revenaient à l'iodoforme.

La forme était grave comme on le voit. Absolument réfractaire aux moyens abortifs, elle aboutissait rapidement à la pyohémie métastatique, ce qu'il n'avait pas vu depuis 1873. A ceux-ci nous répondrons pure coïncidence, et comme le fait observer Berger, il est permis de supposer que « trop confiants dans un antiseptique efficace, certains

chirurgiens ont négligé d'autres conditions essentielles à la guérison des lésions opératoires. »

Küster dit encore avoir observé de véritables phlegmons iodoformiques occasionnés par la présence de paillettes d'iodoforme entre les lèvres d'une plaie. Falkson dit avoir été témoin d'un pareil fait. Mais ces accidents n'étaient-ils pas imputables à quelque faute contre l'antisepsie ? Cependant nous devons dire que certains chirurgiens, et entre autre Lucas Championnière attribuent à la poudre d'iodoforme une certaine action irritative qui pourrait retarder la cicatrisation des plaies : ce fait s'observe surtout dans les plaies de la parotomie.

Erythème iodoformique.

Si nous consultons le tableau dressé par Taylor, nous voyons que l'érythème occupe le premier rang parmi les formes éruptives.

Sur une statistique de 24 cas, on trouve 14 cas d'éruption érythémateuse. Quel est son siège de prédilection ? Quelles sont ses formes ? Qu'elle est sa date d'apparition ? Telles sont les questions que nous avons à résoudre ; et d'abord, à quelle époque apparaît l'éruption après l'application de l'antiseptique ? Nous voyons que dans 10 cas l'apparition de l'exanthème ne se fit pas attendre au delà de 2 heures : dans l'observation recueillie chez Lucas Championnière à la suite d'une application de poudre antiseptique (mélange d'iodoforme, d'eucalyptus et de benjoin) sur une escharre au

sacrum une demi-heure à peine s'écoula entre l'application du topique et l'apparition d'un exanthème formidable.

Dans deux autres cas l'éruption tarda 14 jours.

Deux cas 12 jours et un cas 10 jours.

La conclusion qui se dégage de l'ensemble de ces faits est que rapide est l'absorption du poison, rapide aussi ses effets sur la nutrition de la peau.

Nous avons vu que l'acte simple de respirer de l'iodoforme sans contact aucun suffit pour déterminer des accidents.

Quel est le mode d'invasion de ces érythèmes ? Ils peuvent se propager du foyer en contact avec la poudre, s'étendre à certaines parties du corps, ou se généraliser.

Dans d'autres cas l'éruption éclate d'emblée sur un point éloigné de la plaie. Disons cependant que ce dernier mode d'invasion est le moins fréquent.

La question de savoir s'il existe des symptômes généraux associés à l'exanthème présente un certain intérêt : dans 4 cas nous trouvons un cortège symptomatique constitué par de l'anorexie, de la fièvre avec céphalalgie, vomissements, délire léger, et urines albumineuses.

Il faut dire que ces accidents généraux sont le plus souvent de peu d'importance comme nous le verrons au pronostic ; quant aux formes cliniques sous lesquelles se présente l'érythème, elles sont nombreuses.

Il faut d'abord signaler les cas légers d'intoxication locale survenant aux mains des infirmiers, des individus employés à la fabrication de la gaze iodoformée.

Ici, pas de symptômes caractéristiques capables de faire

distinguer ces éruptions de celles dues à certains médicaments tels que moutarde, goudron. Mais si nous entrons dans l'étude des intoxications plus graves, nous trouvons alors toutes les formes de l'érythème.

Le plus souvent, nous avons affaire à la forme papuleuse.

Dans ces cas, sur un fond rouge se détachent des plaques un peu élevées, légèrement dures, siège de vives démangeaisons.

Dans une de nos observations, recueillies dans le service du docteur Roque à l'hôpital Tenon, nous trouvons ces caractères nettement dessinés.

C'est encore la forme observée dans un cas rapporté par Trèves, dans deux cas de Janowsky. Le Dentu, Wille et Reidtmann en ont rapporté chacun une observation.

Cette forme est rarement accompagnée de symptômes généraux : Dans un cas cependant, observé chez Lucas-Championnière, la température se maintint à 40° pendant deux jours.

Par ordre de fréquence, nous trouvons l'érythème scarlatiniforme mentionné dans deux cas appartenant à Taylor.

La dénomination seule suffit pour indiquer les caractères de cette variété.

Au chapitre du diagnostic, nous verrons qu'il est important d'être renseigné sur les faits de cette nature pour éviter une méprise grossière.

La forme érysipélateoïde caractérisée par une rougeur diffuse, une tuméfaction de la peau appréciable au toucher est des plus importantes à connaître.

Elle simule à s'y méprendre l'érysipèle: La présence constante des symptômes généraux accentue l'analogie ; dans trois cas rapportés, deux par Taylor, un autre par le docteur Trousseau en 1887, la confusion eût été inévitable pour quelqu'un qui n'eût pas connu le mode de pansement employé.

La face, les paupières paraissent être son siège de prédilection, vingt-quatre heures sut suffi dans trois cas pour l'éclosion des accidents.

Il peut arriver que, sur une partie quelconque ou sur plusieurs parties au centre ou à la périphérie des effervescences, l'épiderme soit soulevé sous forme d'une grosse bulle ; alors on a la forme bulleuse de l'érythème, ainsi Jonowsky a observé un cas se rapportant à cette variété, Koster-Syke en a rapporté une autre observation.

Il est bien entendu que cette forme est associée à l'érythème simple, vésiculeux, papuleux à des degrés divers.

L'érythème ortié a été rencontré une fois par Zeissl après dix jours d'incubation sans phénomènes généraux.

Enfin Walich a été témoin d'une éruption à caractères variables dans différentes régions du corps : aspect de brûlure sur les mains, éruption vésiculeuse sur les avant-bras, véritable éruption rubéolique sur le tronc.

Pour terminer cette étude des formes cliniques, nous dirons que Taylor, Zeissl, Janowsky, ont rapporté chacun un cas d'érythème simple sans complications générales.

Comme on peut le voir d'après ce qui précède, l'érythème iodoformique est un érythème multiforme (Hébra), qui prend suivant les degrés du processus congestif, des appellations différentes.

La marche est aussi rapide dans la plupart des cas que le mode d'invasion.

Quant au pronostic, au diagnostic et au traitement de cette dermatite, nous le renvoyons au chapitre général relégué à la fin de cette étude.

Eczéma iodoformique.

Immédiatement après l'érythème, par ordre de fréquence, doivent être étudiées les éruptions eczémateuses d'origine iodoformique, moins fréquentes, mais aussi plus graves ; elles représentent dans la statistique de Taylor un ensemble de huit observations dont l'analogie est frappante tant au point de vue de la forme que de la rapidité de l'évolution et de la gravité de la prognose. Le siège qu'elles affectent en général est subordonné au lieu d'application du médicament ; cependant c'est surtout aux aînes, à la face, aux membres supérieurs qu'elles ont été généralement observées.

Dans d'autres cas elles sont généralisées à tout le corps : c'est ici qu'il faut faire rentrer en ligne de compte un facteur important dans leur étiologie.

Nous voulons parler de la diathèse eczémateuse qui crée un terrain propice à la récurrence des accidents à la suite d'application d'iodoforme. Cette influence diathésique est on ne peut mieux démontrée par deux observations dues, l'une à Fabre de Commeny, l'autre recueillie dans le service Lucas Championnière 1887.

Dans le 1^{er} cas il s'agissait d'un syphilitique, qui avait eu plusieurs atteintes d'eczéma et chez qui l'application de pommade iodoformée, déterminait une poussée des plus rebelles.

Dans le 2^e cas c'était un homme, porteur d'une légère plaie au sacrum, saupoudrée avec une très minime quantité d'iodoforme qui fut pris rapidement d'une récurrence eczémateuse ; auparavant, il avait eu un eczéma rebelle à tout traitement pendant de longues années. Comme dans le cas de Fabre cette nouvelle poussée fut des plus graves.

L'eczéma iodoformique a un début brusque : dans cinq cas, la date d'apparition ne dépassa pas quelques heures après l'usage de la poudre. Chez deux sujets, 24 heures furent nécessaires à l'absorption du toxique.

Dans un autre cas (Goodell) il fallut neuf jours pour l'apparition de l'accident.

L'évolution a été dans quelques cas foudroyante : tel le cas de Canuzet qui fait le sujet de l'observation XII.

Les caractères de l'éruption sont rapidement dessinés.

Nous assisterons là au cycle complet de l'eczéma aigu.

La maladie commence par une rougeur punéiforme ou diffuse et un gonflement de la peau avec prurit intense, ou bien par des papules, eczéma papuleux, puis on voit apparaître des vésicules qui pour la plupart, se rompent ou sont déchirées par le grattage.

C'est là la période vésiculeuse, eczéma humide et sécrétant. « Si l'on vient à soulever ou à enlever par le frottement les parois de ces vésicules, la surface de la peau mise ainsi à nu offre une couleur rouge foncée, elle montre le réseau

muqueux dénudé, et présente de petites dépressions correspondant aux vésicules détruites (état ponctué de Devergie), *l'eczéma rubrum*. Le liquide de l'eczéma sort alors abondamment. » (Kaposi).

Après la période vésiculaire variable suivant le degré d'irritation, la prédisposition individuelle, arrive la formation de croûtes et de squames.

Dans quelques cas la disparition des accidents est aussi rapide que l'avait été leur mode d'invasion.

Un grand appareil symptomatique accompagne ordinairement un eczéma iodoformique se développant sur des sujets prédisposés.

Dans 4 cas rapportés par Taylor il n'y eut pas de réaction bien marquée.

Dans la généralité des cas c'est l'eczéma madidans qui est observé.

Dans un cas seulement rapporté par Putnam l'éruption affecta la forme de l'eczéma rubrum,

Suivant qu'un traitement approprié aura été institué de bonne heure, ou qu'au contraire le sujet aura eu déjà des manifestations eczémateuses la maladie tendra à la guérison ou au passage à l'état chronique.

Purpura iodoformique

C'est surtout à propos des intoxications dues à l'iodure de potassium que les auteurs ont signalé la maladie de Werlhoff au nombre des symptômes. Ricord en 1842, le

professeur Fournier en 1877, signalèrent des observations de ce genre.

Mais l'iodoforme avait été hors de cause jusqu'à ce que Janowsky vint publier au congrès de Copenhague 1884 la relation très intéressante d'un purpura iodoformique.

C'est à notre connaissance la seule observation de ce genre publiée jusqu'à nos jours. Aussi croyons-nous nécessaire de la rapporter dans son ensemble.

« Une jeune fille de 16 ans souffrait depuis l'âge de 6 ans d'un lupus situé au côté externe de la cuisse droite, immédiatement au dessous du trochanter. Autour d'un centre elliptique, formé par un groupe d'infiltration de lupus étaient établis de petits foyers de la grosseur d'une lentille, séparés entre eux par un tissu sain, enfermant semi-circulairement la néoplasie centrale. Il existait un engorgement ganglionnaire à l'aîne du côté droit. On racle les parties centrale: on sacrifie les nodules périphériques. Application d'un pansement typique à l'iodoforme. Le malade un peu nerveux, névropathique, (le père était mort d'une sclérose de l'encéphale, la mère était hystérique) se porta très bien. On change le pansement le troisième jour, la plaie présente une multitude de points violets, de la grosseur d'une tête d'épingle, ça et là confluents, s'étendant jusqu'à la partie externe de la jambe, et à l'hypogastre droit. Pas de malaise ni de symptômes généraux. Les jours suivants, de nouveaux points se développent et forment par leur réunion de grandes taches ecchymotiques. Ces taches occupent la face interne des jambes, les fesses, les côtés latéraux du thorax et la face postérieure de la jambe droite.

Pas de douleurs articulaires, pas d'épistaxis, pas d'hémorragies gingivales, ou autres symptômes scorbutiques, pour expliquer ce purpura. En raison de la localisation de la maladie, et de l'absence des symptômes généraux on porte le diagnostic d'exanthème iodoformique.

La suspension du traitement amène la disparition du purpura. La plaie marche à la cicatrisation : on renouvelle le pansement à l'iodoforme, et une nouvelle éruption de petites taches de purpura se reproduit.

Il nous semble que rien n'est plus probant de l'origine iodoformique du purpura que cette contre-épreuve de Janowsky. On constate une éruption à la suite d'une application d'iodoforme : la suspension du traitement est suivie de la cessation des accidents; il y a récurrence si on reprend le traitement.

DIAGNOSTIC

Si le diagnostic causal des exanthèmes iodoformiques est, dans la majorité des cas, facile à établir, il n'en est pas de même du diagnostic différentiel. Il est cependant de la plus haute importance de reconnaître, dès le début, la nature des accidents, car de ce fait, on pourra instituer immédiatement le traitement approprié.

Et d'abord on devra redouter des complications cutanées, toutes les fois qu'on sera en présence d'individus sujets à l'eczéma, à l'urticaire, aux manifestations de l'arthritisme. Dans les cas de plaies anfractueuses, fistuleuses, ou osseuses, fortement bourrées de gaz ou de poudre d'iodoforme, on devra avoir toujours en vue l'apparition possible d'accidents iodoformiques. Dans d'autres cas, on se trouvera en présence d'eczémas rebelles, chroniques, ou au contraire de poussées aiguës souvent répétées, sans qu'on puisse établir l'étiologie de l'affection et un beau jour on apprendra d'une façon tout-à-fait fortuite que le malade en question usait de suppositoires ou de tampons d'iodoforme.

Nous avons vu que Neisser avait observé plusieurs faits de ce genre. Le même auteur raconte l'histoire suivante dont le sujet était un médecin.

Le patient souffrait bien depuis des années, d'une urti-

caire chronique, dont les fréquentes éruptions l'incommodaient beaucoup. Depuis un certain temps, était venu s'ajouter une éruption eczémateuse dont la cause resta inconnue, et le traitement inutile, jusqu'au jour où une lésion du pied pansée avec de l'iodoforme vint donner la clef de la nature des accidents. Et en effet, à partir du jour où le malade s'abstint de tout contact avec l'iodoforme, l'eczéma disparut complètement.

Il est cependant un moyen de découvrir sûrement la nature d'une éruption, moyen qu'on ne doit jamais négliger, car non seulement il vous permet de faire le diagnostic de la cause, mais encore le diagnostic différentiel. Nous voulons parler de l'examen des urines. En effet, l'iodoforme est en grande partie éliminée par l'intermédiaire du filtre rénal ; et, étant insoluble dans l'eau, il ne devient toxique qu'en se dédoublant et en mettant l'iode en liberté.

Pour la recherche de l'iode éliminé par l'urine, Harnack recommande la méthode suivante qui suffit pour déceler 1/75000 d'iodure. On additionne l'urine d'un peu d'empois d'amidon, d'acide sulfurique dilué, d'acide azotique fumant, et de quelques gouttes de sulfure de carbone. Une coloration en bleu se produit, par l'agitation une portion de l'iode se dissout, dans la couche de sulfure de carbone qui occupe le fond du vase, et qui prend ainsi une teinte violette, tandis que par-dessous se forme un anneau bleu foncé d'iodure d'amidon.

Le chloroforme ou l'empois seul ne déterminent pas une réaction aussi nette. La présence d'iodates dans l'urine est décelée sans l'addition d'acide nitrique.

Mais pour que cette réaction soit appréciable, il est nécessaire que l'iode soit transformé en iodures alcalins. Or, il est certain qu'après l'administration de l'iodoforme, l'iode existe aussi dans l'urine à l'état de combinaisons organiques. La preuve en est fournie par Harnack qui dans trois cas d'empoisonnement, la réaction de l'iode dans l'urine demeura négative tandis que celle des cendres fut des plus manifestes. Nous ne pouvons entrer ici dans les détails techniques donnés par cet auteur pour faire une analyse des cendres : nous nous contenterons de renvoyer à son mémoire paru le 19 novembre 1885. (Berlin, Klin. Wochens, n° 47, page 723). Sur 19 individus sains, chez lesquels des applications d'iodoforme avaient été pratiquées de différentes façons et en des régions très diverses du corps sans qu'il en résultât des phénomènes d'empoisonnement, l'examen de l'urine effectué pendant un certain temps a toujours donné des résultats concordants : la réaction des cendres de l'urine n'a jamais été plus intense que celle de l'urine elle-même. Quand celle-ci n'offrait pas la réaction caractéristique, aucune trace d'iode n'était appréciable dans les cendres. Dans ces cas l'iode était donc éliminé par l'urine à l'état d'iodures alcalins.

D'ailleurs, les conditions quantitatives de cette élimination variaient beaucoup : parfois l'élimination manquait entièrement ; dans d'autres circonstances, les quantités d'iodures alcalins éliminés d'un seul coup par l'urine étaient très considérables : 0,2355, 0,2600 et 0,3600 d'iodure par litre.

Au contraire, dans un cas d'empoisonnement par l'iodo-

forme chez l'homme, il a obtenu des résultats tout différents. Tandis que l'urine ne donnait qu'une réaction excessivement faible d'iodures alcalins, les cendres en renfermaient une très-forte proportion. En tout, l'urine renfermait une proportion d'iode qui correspondait à 0 g. 7560 d'iodure par litre.

C'est là encore un fait qui montre bien qu'on ne peut expliquer l'empoisonnement par une élimination défectueuse de l'iode, puisque les proportions d'iodure de l'urine étaient beaucoup plus considérables que chez les personnes non empoisonnées.

Hartmarch, se basant sur trois cas d'empoisonnement humain qu'il a observés, admet que l'empoisonnement par l'iodoforme dépend essentiellement de la forme sous laquelle l'iode résultant de son dédoublement se trouve absorbé par l'économie.

On n'observe d'intoxication qu'autant que l'iode forme des combinaisons organiques.

L'application pratique de cette manière de voir serait de transformer, avant son absorption, l'iode en iodure alcalin, et cela en joignant à l'usage de l'iodoforme celui d'un alcali inoffensif.

Si le diagnostic de la cause est en général facile, par contre, il est souvent très délicat de distinguer les exanthèmes iodoformiques des autres exanthèmes médicamenteux.

Ce sont les cas où le pansement iodoformique se trouve associé soit à l'acide phénique, soit au sublimé. Faire la part qui revient à chacun de ces toxiques n'est pas toujours

chose facile. Et comme, dans la pratique du pansement antiseptique, ces différentes associations existent presque toujours, nous insisterons davantage sur ce point.

Les érythèmes phéniqués ont été divisés par Chevassus, Blusson et Chauvel, en érythèmes simples et en érythèmes fébriles. Dans le premier cas, c'est une rougeur en plaque qui disparaît par la pression, localisée au voisinage de la plaie, surtout quand cette dernière se rencontre sur une peau molle et fine, au niveau des plis de flexion, des bourses ou de la vulve.

L'érythème fébrile s'accompagne d'un grand cortège symptomatique : élévation de température, anorexie, délire, tous phénomènes rencontrés rarement dans l'érythème iodoformique. En outre, l'érythème phéniqué s'accompagne souvent de vésicules : c'est sa forme presque unique ou au moins la plus fréquente. Son évolution est aussi plus rapide que celle des exanthèmes dus à l'iodoforme.

Dans l'intoxication hydrargyrique, on peut également voir survenir des érythèmes, des eczémas, qui ressemblent singulièrement à ceux qui surviennent dans les cas de pansements à l'iodoforme. Max Schede, dans son important mémoire sur l'emploi du sublimé insiste cependant sur la rareté des exanthèmes de cette nature : « En particulier, dit-il, j'ai très rarement observé un eczéma aigu avec vésicules qui se forme si souvent à la suite du pansement phéniqué. » Le seul point qui permet de différencier assez souvent les deux sortes d'éruption consiste en ce que les accidents locaux dus au sublimé ont une plus grande tendance à rester localisés au voisinage de la plaie.

Dans certains cas, où il existe une éruption scarlatiniforme, avec élévation de température, phénomènes généraux alarmants, il est quelquefois assez difficile de porter un diagnostic exact de la nature de l'exanthème. — L'absence d'angine, les commémoratifs, la rapidité de l'invasion suffiront à donner l'éveil au médecin sur l'existence possible d'une intoxication médicamenteuse, et sur la recherche de la porte d'entrée du poison. L'absence de fièvre nous fera éliminer les fièvres éruptives en général.

Toute autre est la difficulté en présence d'un malade atteint d'une plaie de la face par exemple, laquelle aura été pansée à l'iodofome : C'est surtout dans ces cas, qu'on voit survenir de la rougeur, de la tuméfaction de la peau ; la bouffissure de la face, l'œdème des paupières, la présence de phlyctènes en imposent pour un érysipèle. C'est alors qu'un diagnostic est impossible dans les premières heures : mais la difficulté est bien vite aplanie quand on voit, après la cessation du pansement, décroître rapidement les accidents. Il n'est pas étonnant que l'analogie frappante existant entre cette forme érythémateuse de l'intoxication et l'érysipèle ait été la source d'erreurs de diagnostic.

Enfin, quant à l'érythème rhumatismal, il est douloureux, et ce caractère suffit pour nous le faire écarter.

La forme ortiée de l'érythème ressemble singulièrement comme aspect à l'urticaire. Mais dans cette dernière affection, plus vives sont les démangeaisons, plus élevées aussi sont les boutons qui disparaissent et reparaissent tour à tour, et offrent plus de résistance au doigt explorateur.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT.

Le pronostic des éruptions iodoformiques est généralement bénin. On comprendra facilement la raison de ce fait, si l'on songe que les exanthèmes dus à l'emploi de l'iodoforme accompagnent presque toujours les formes bénignes de l'empoisonnement. On a observé un seul cas terminé par la mort : il est dû à Hoëpfl. En général, sous l'influence du traitement, l'éruption médicamenteuse évolue rapidement, ne créant au reste aucune prédisposition sur un sujet sain d'ailleurs, aux autres manifestations cutanées.

Le traitement est préventif ou curatif.

Il importe tout d'abord de connaître les indications et les contre indications de l'emploi de l'iodoforme. Son usage est indiqué quand on a à traiter une plaie ancienne, chancreuse ou tuberculeuse, chez des sujets non prédisposés aux manifestations cutanées.

Au contraire, sur des plaies fraîches, à vaste étendue, granuleuses, sur des plaies fistuleuses, en clapiers, et surtout dans les évidements des os, il faudra restreindre l'application d'iodoforme.

Dans tous les cas, il faudra employer de petites quantités, renouveler le moins souvent possible le pansement,

éviter ainsi l'accumulation du poison dans l'économie, et enfin surveiller aussi attentivement que possible son emploi chez les enfants et les vieillards, chez les personnes anémiques ou nerveuses, chez celles dont l'état des reins ne permet pas une élimination facile.

Après l'apparition des accidents, il importe de supprimer sur-le-champ le pansement auteur du méfait : on emploiera les lavages boriqués, les cataplasmes de fécule, en un mot, le traitement ordinaire de l'érythème ou de l'eczéma. A l'intérieur, le bicarbonate de soude, l'antidote par excellence de l'empoisonnement iodoformique d'après Behring.

OBSERVATION I.

Due à M. Vanheuerswyn.

Joséphine Spr..., âgée de 16 ans, est en traitement dans le service de M. le professeur Luret, depuis 10 mois environ, pour une synovite fongueuse des péroniers latéraux de la jambe droite.

Le 16 mai 1887, on fait de l'ignipuncture profonde au niveau du trajet des gaines synoviales intéressées, sur le tiers inférieur de la jambe et la partie postérieure de la face externe du pied. On enfonce la pointe fine du thermo-cautère vingt fois environ jusqu'à une profondeur de 7 ou 8 millimètres. On saupoudre la plaie avec l'iodoforme en paillettes, on applique un pansement de Lister ; puis le pied et les 2 tiers inférieur de la jambes sont recouverts d'un appareil silicaté.

Le lendemain, 17 mai, à la contre-visite du soir, nous constatons sur le corps de l'enfant une éruption de taches rouges, très peu surélevées, éruption qui se localise plus spécialement sur certains points de la surface du derme.

En effet, un examen attentif nous montre qu'elle a respecté toute la portion antérieure et latérale du tronc, la face antérieure et la face interne des cuisses jusqu'au tiers inférieur, la région externe des deux bras et le cou. — Le pied et la jambe du côté sain, (étant donné le caractère bilatéral de l'éruption il en est sans doute de même pour le pied et la

jambe du côté malade qui sont recouverts par l'appareil), les mains, les avant-bras, la région interne du bras, le front, la face, les joues, le menton, le cuir chevelu, le dos sont recouverts par l'exanthème.

Les taches sont rosées, surélevées, assez régulièrement arrondies. La pression les fait disparaître. Elles ont diverses grandeurs, depuis la dimension d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'une lentille ou d'un pois. Des espaces de peau saine de 5 à 10 millimètres les séparent : on les trouve mêlées partout à des plaques, formées sans doute par la confluence de taches d'abord isolées. Ces plaques sont irrégulières et ont toutes les formes. Elles sont en languettes, en fer à cheval etc. Au-dessus du genou, à la face antérieure de la cuisse, à l'endroit où l'enfant porte ses jarretières, on constate à droite comme à gauche, une bandelette transversale, longue de 5 à 6 centimètres, large de 7 à 8 millimètres.

L'enfant n'a pas de fièvre, mange bien, dort de même. Elle ne se plaint point de démangeaisons ; mais l'infirmière du service nous dit qu'elle se gratte un peu au niveau des parties envahies par l'éruption.

Le 18 mai. — L'éruption est d'un rouge plus pâle. Quelques plaques confluentes sont moins surélevées, au front, aux cuisses par exemple. Les bandelettes signalées au niveau des jarretières sont presque complètement disparues. Sur la muqueuse de la langue, derrière la pointe, existe de chaque côté de la ligne médiane antéro-postérieure de cet organe, deux érosions très-légères à grand diamètre dirigé suivant cette ligne. Elles sont longues d'un centimètre, larges de 5 millimètres. Leur fond rouge vif, lisse, tranche sur l'aspect rose pâle et tomenteux du reste de la muqueuse. On dirait qu'à leur niveau les papilles ont été rasées à leur

base. — Il n'y a pas de fièvre, l'appétit est conservé ; mais les démangeaisons sont un plus peu vives que la veille, quoique très-légères encore.

Le 19 mai. — La surélévation des plaques d'erythème a disparu à certains endroits ; ailleurs, elle a persisté et paraît même avoir reparu au niveau des taches où on ne la constatait plus hier.

Bref, l'éruption paraît se faire par poussées successives ; et ce qui tend à le faire croire, c'est qu'on constate aujourd'hui sur le ventre quelques boutons surélevés.

Léger furfur par ci par là.

Le 20. — Plus de plaques ni de boutons surélevés, encore quelques taches au front, sur la peau du dos et une sur les avant-bras.

Le 21. — Il ne reste plus rien de l'éruption. — Pas de fièvre, pas plus qu'hier.

OBSERVATION II.

Due à M. Walich interne des Hôpitaux.

Il s'agit d'un malade entré le 3 août à l'hôpital Lariboisière dans le service du docteur Blum, suppléé par le docteur Richelot.

Le nommé X..., âgé de 34 ans, cocher, sans aucun antécédent pathologique personnel ou héréditaire, fut mordu par un cheval, le 25 juin dernier, à la main gauche. La troisième phalange de l'index fut complètement enlevée. Ce malade se présenta alors à la consultation de chirurgie d'un de nos hôpitaux. On appliqua un pansement à la poudre d'iodoform.

me, qui fut renouvelé tous les deux jours pendant tout le mois de juillet.

Le 3 août, le malade vint se présenter à la consultation de l'hôpital Lariboisière, se plaignant d'une sensation très-vive de brûlure à l'index de la main gauche. La plaie était presque guérie ; le moignon de son doigt ne présentait plus qu'un bourgeon terminal. L'épiderme de la deuxième et de la troisième phalange était soulevé et mortifié, laissant voir, au-dessous de lui, le derme mis à nu, lisse et rouge vif. La première phalange du médius, dans ses régions dorsales et palmaires, présentait le même aspect. Le malade ne s'expliquait pas ces modifications, ayant été pansé, comme d'habitude, trois jours auparavant. Nous crûmes nous trouver en présence d'une brûture au deuxième degré, produite par un liquide caustique, tel que l'emploi par mégarde, pour lavage d'une solution d'acide phénique trop concentrée. Les portions d'épiderme mortifiées furent excisées. La plaie fut pansée avec de la gaze iodoformée enduite de vaseline, le tout enveloppé dans de l'ouate. Le 6 août, trois jours après l'entrée du malade, le pansement souillé de pus fut renouvelé. L'épiderme de toute la main gauche était mortifié, s'enlevait comme un gant, laissant au-dessous de lui un derme rouge vif, saignant et suppurant. Continuation du même pansement (gaze iodoformée enduite de vaseline ; ouate).

Le 8, le même aspect de brûlure se montre sur l'index et le médius de l'autre main. On y applique un pansement semblable au précédent.

Le 10, sur les avant-bras et sur la moitié inférieure des deux bras, se montrent des plaques rouges confluentes ; sur chaque plaque se trouvent de larges vésicules plates contenant un liquide séreux. Le diagnostic n'en devient que plus

embarrassant, surtout lorsqu'apparaît sur la partie antérieure du thorax et de l'abdomen, sans atteindre le dos ni les membres inférieurs, une éruption, rappelant à s'y méprendre l'exanthème rubéolique. Ce sont de petites saillies rouges, groupées par plaques irrégulières, laissant entre elles des espaces de peau saine et affectant la disposition en croissant. Le malade nous signale dans la partie gauche du menton, au milieu de sa barbe, une croûte formée par du pus desséché, et sous laquelle le derme est mis à nu. Toujours pas de fièvre ; le pouls est à 80 pulsations, la température à 37°.

Le lendemain 11 août, le pansement, souillé de pus, est enlevé, mais fortuitement il est modifié ; au lieu de gaze iodoformée, on emploie de la gaze phéniquée pour y étendre la vaseline. Les jours suivants (12 et 13 août), le malade n'a pas souffert, le pus n'a pas traversé le pansement. L'éruption rubéolique du tronc a disparu, la croûte de la région du menton ne s'est pas reproduite, les vésicules des bras se sont affaissées. La suppuration des jours précédents était si abondante que, sans indication spéciale, le pansement est enlevé le 14 août. A notre grande surprise, il n'y a pas de pus dans le pansement : les mains sont recouvertes sur certains points d'un nouvel épiderme, et sur d'autres points présentent l'aspect d'une desquamation furfuracée, que l'on retrouve sur les avant-bras et sur le tronc.

Les mains sont laissées à découvert, et huit jours après, le 17 août, le malade sort entièrement guéri.

OBSERVATION III

due à M. le docteur Trousseau

Il s'agit d'un enfant de 11 ans, atteint à la paupière supérieure gauche, d'une ulcération vraisemblablement hérédosyphilitique, haute de 18 millimètres, large de 23, lors de mon premier examen.

Après avoir pratiqué la suture des paupières, pour éviter la rétraction cicatricielle, je pansai la partie ulcérée avec de l'iodoforme finement pulvérisé, je recouvris le tout de coton hydrophile et d'une bande de tartalane imprégnée d'eau boriquée au 4/100. Le lendemain matin, je revis l'enfant, qui me parut être dans un état alarmant : il n'avait pas dormi de la nuit, n'ayant cessé de souffrir depuis l'application du pansement qui était souillé de sérosité visqueuse. Toute la partie gauche de la face était rouge, tuméfiée, depuis l'implantation des cheveux jusqu'au bord du maxillaire inférieur, depuis le nez jusqu'à l'oreille. La peau était violacée, tendue semée, de place en place, de phlyctènes, dont quelques-unes avaient crevé, laissant échapper de la sérosité gluante ; la limite du mal était tracée par un bord saillant, un ganglion sous-maxillaire était engorgé. La plaie n'avait pas mauvais aspect, la suture des paupières tenait bien.

J'eus l'impression qu'il s'agissait d'un début d'érysipèle, et je demeurai étonné de la rapidité et de l'intensité du processus.

La mère du malade ne paraissait guère inquiète, et se hâta de me dire que semblable accident était déjà arrivé à l'en-

fant à la suite d'un pansement ordonné par un confrère avec la même poudre jaune, et que tout avait cessé avec l'emploi du remède.

Je fis un soigneux lavage des parties malades avec de l'eau boriquée, et je me conteai d'appliquer sur la plaie du lin boraté et du coton hydrophile bien désinfectés à l'étuve sèche.

Le lendemain matin, l'enfant n'avait plus souffert et tous les phénomènes avaient disparu comme par enchantement ; à peine restait-il quelques traces de l'orage de la veille.

Je continuai mes pansements, tantôt avec de l'eau boriquée, tantôt avec du sublimé, tantôt avec de l'eau phéniquée, et jamais je n'observai le moindre accident ; l'ulcère se cicatrisait à vue d'œil (grâce aussi au traitement général anti-syphilitique) la suture palpébrale était solide.

Toutefois, alors que trois semaines après l'ulcère était réduit de moitié, je remarquai un temps d'arrêt dans la cicatrisation, et je voulus, de nouveau, avoir recours à l'iodoforme, que je croyais, à cause du peu d'étendue de la surface malade, ne plus devoir produire d'accidents. Je saupoudrai la plaie et j'engageai la mère à me ramener l'enfant le soir même. Il était midi quand je terminai le pansement, et à quatre heures le malade était chez moi, déjà fort souffrant et présentant un gonflement érysipélateux notable des bords et du voisinage de l'ulcère. Inutile de dire que je ne renouvelai pas l'expérience et que mon malade guérit sans iodoforme.

OBSERVATION IV

due à l'obligeance de M. le docteur Schwartz.

G... Pierre, âgé de 79 ans, menuisier, entré salle Desprès n° 14, cataracte sénile.

Début il y a 3 ans environ par l'œil droit.

OEil droit : cercle sénile autour de la cornée, opacité complète du cristallin.

OEil gauche : cercle sénile, cataracte à trois branches.

Opération : opéré de la cataracte à l'œil droit le 22 février 1889, lavage de l'œil au biiodure de mercure. Grand lambeau cornéen par transfixion. Le cristallin sort avec facilité, mais à ce moment on constate le ramollissement du corps vitré qui vient faire irruption dans la chambre antérieure.

Pansement : on enduit les paupières de vaseline iodoformée. Rondelles de ouate. Le tout fixé par une bande de flanelle.

22 février : t. 37°7.

23 février : t. 37°7.

37°8.

Le malade se plaint d'une douleur qu'il localise à son œil opéré.

24 février : t. 37°2.

37°4.

25 février : t. 37°

37°6.

Ouverture du pansement. Tuméfaction de la région palpébrale sourcilière qui est recouverte d'une éruption pustu-

leuse confluyente, due à l'irritation produite par la vaseline iodoformée. Conjonctive rouge fortement injectée.

On cesse le pansement iodoformé que l'on remplace par la vaseline boriquée et des compresses boriquées.

En peu de jours la tuméfaction disparut sous l'influence de l'application de compresses boriquées tièdes.

OBSERVATION V.

communiquée à Taylor.

A. B. laboureur, âgé de 34 ans, est admis au German Hospital le 2 janvier 1887, pour un moignon ulcéré de la cuisse droite. Une nouvelle amputation est faite le 7 janvier immédiatement au-dessus des condyles : on place des drains et on panse avec de la poudre d'iodoforme et de la gaze au sublimé. Le 8 janvier, un erythème intense se déclare à la cuisse, au thorax, à la face, aux bras. La presque totalité du corps est envahi. L'éruption est analogue à celle de la fièvre scarlatine. Le patient n'avait pas pris de quinine : il y avait des démangeaisons sur tout le corps. Pas de symptômes généraux.

Le 10 janvier on change le pansement : lotions à l'eau boriquée ; la plaie est réunie par première intention. L'érythème qui s'était manifesté dans le voisinage de la ligne des sutures était devenu bulleux.

Le 11, l'éruption a disparu, laissant à sa suite une desquamation au niveau des cuisses et de l'abdomen.

OBSERVATION VI.

rapportée par Zeissl (Allg. Wien. Med. Ztg, XXVI, 455-1881).

Il s'agit d'un garçon de trois ans, porteur d'un ulcère situé à la jambe, à la suite d'une nécrose du tibia. Il était pansé avec des bandelettes d'iodoforme depuis 14 jours quand se manifestèrent les phénomènes suivants : fièvre, somnolence, plaques érythémateuses, 2 récidives. L'éruption siégeait à la partie supérieure du thorax, aux extrémités supérieures du côté de la flexion, et à la face interne des cuisses. Couleur rouge diffuse s'effaçant sous la pression. Disparition de l'exanthème au troisième jour, avec desquamation. La recherche de l'iode dans les urines fut faite avec un résultat positif. Le malade finit par s'habituer à l'iodoforme.

OBSERVATION VII.

due à Zeissl.

Homme âgé de 36 ans, porteur d'une carie costale, fistules et clapiers étendus pansés avec des crayons d'iodoforme tous les deux jours. Après dix jours, apparition d'une urticaire circonscrite, surélevée, circonscrite, avec prurit. Plaques grosses comme des lentilles, siégeant aux extrémités et au thorax. Entre les plaques, la peau était rouge. On a trouvé de l'iode dans les urines.

OBSERVATION VIII.

due à Koster-Syke. (Deutsche Medizinal Zeitung avril 26. 1886).

Cet auteur raconte ici sa propre expérience. Après avoir manipulé des préparations d'iodoforme, il éprouva peu de temps après une vive démangeaison sur tout le corps, accompagnée d'élévation de la température. Pendant la nuit, la face et les mains jusqu'aux coudes devinrent rouges, le siège de larges bulles. Le gonflement de la face était si grand que les yeux demeuraient fermés pendant trois ou quatre jours. Il cessa pendant longtemps l'emploi de l'iodoforme. Mais un jour qu'il fut obligé de reprendre l'emploi de cette poudre, il éprouva de nouveau les mêmes phénomènes, bien qu'il eût préservé les mains du contact de l'iodoforme, par l'emploi de gants.

OBSERVATION.

due à Fifiield (Boston med. and surg. journal march. 16. 1882).

C'est le cas d'une femme ayant des ulcérations ecthymateuses profondes, qui avaient résisté aux mercuriaux et à l'iodure. Un jour, ces croûtes furent enlevées aux mains et à la tempe gauche et les surfaces pansées à l'iodoforme. Rien d'anormal les jours suivants : trois autres ulcères du cuir chevelu furent nettoyées et soumises au même traitement. Après quelques heures, toute la région temporale devint le

siège d'un gonflement œdémateux ; puis exsudation abondante de sérosité : toutes les apparences d'un éczéma aigu.

Pas de symptômes généraux. L'éruption disparut en une semaine.

OBSERVATION IX.

Due à Goodell. (Boston Journal, 9 avril 1885).

Femme de 40 ans qui avait eu 7 ans auparavant un ulcère syphilitique ayant laissé à sa suite des cicatrices. En août 1881, apparut une large ulcération sur le menton, près de la ligne médiane.

Au mois de mars suivant, plusieurs traitements avaient été institués, et une pommade à l'iodoforme ordonnée. Neuf jours après, la face devint rouge, gonflée, On observe des vésicules qui laissèrent couler une grande quantité de sérosité jaunâtre. L'éruption fut accompagnée d'une sensation de sécheresse et de brûlure de la peau. Délire léger, céphalalgie et irrégularité du pouls.

OBSERVATION X.

Hoëpfl.

Femme de 37 ans ; amputation du sein, 10 grammes de gaze iodoformée : symptômes généraux, avec troubles psychiques : apparition d'un exanthème sur toute la surface du corps. La mort arriva le 30^e jour : à l'autopsie, dégénérescence du cœur, du foie et des reins.

OBSERVATION XI.

Due à l'obligeance du Professeur Fournier.

Gerôme, mécanicien âgé de 46 ans, entre le 12 mars 1889, à l'hôpital Saint Louis.

Antécédents personnels : impétigo et rougeole dans son enfance. A 27 ans, chancre syphilitique, plus tard divers accidents spécifiques. A la fin de février 1889, une ulcération de la jambe droite réapparaît au niveau de la malléole interne. Le médecin consulté ordonne un pansement avec cataplasmes de fécule et poudre d'iodoforme le 6 mars.

Le 11 mars, cautérisation de la plaie avec le nitrate d'argent.

Le 13 mars, le médecin prescrit de nouveau l'application de la poudre d'iodoforme.

Le 13 au soir, démangeaisons au scrotum, grattage réitéré. Badigeonnage à la glycérine. A ce moment, à la partie supéro-interne des cuisses, à la partie inférieure et antérieure de l'abdomen, à la verge et au scrotum, aux jambes et aux cuisses, on voit une éruption érythémateuse en nappe, très-prurigineuse.

Le repos au lit détermine un augment des démangeaisons. Dans la nuit du 14 au 15, application d'un cataplasme de fécule. Le 15 l'éruption s'accroît encore ; le prurit est plus intense, mais la verge est désenflée : le malade entre à l'hôpital.

Aujourd'hui l'éruption semble à son déclin ; sur les régions primitivement envahies, les démangeaisons sont

moins vives, mais, le dos, la région fessière et l'aine sont envahis à leur tour.

Pas de sommeil. Bon appétit.

Bien que le pansement à l'iodoforme n'ait été appliqué que quelques jours, et que la quantité d'iodoforme employée ait été minime, le diagnostic fut porté érythème iodoformique. La suite démontra le fait d'une façon indubitable.

Pendant son séjour à l'hôpital, le malade fut vacciné. La pustule qui en résulta prit une extension considérable et un aspect analogue à celui d'un chancre induré.

On prescrit de l'iodoforme en poudre.

Nouvelle éruption érythémateuse semblable à la première.

OBSERVATION XII

Due à l'obligeance du docteur Lucas-Champoinnière.

Camusez Pierre entre à l'Isolément le 21 avril 1888 ; âge 42 ans. Chute sur le genou, il y a quinze jours. Développement d'un épanchement séreux 4 ou 5 jours après. Ouverture de la collection qui est vidée et pansée à l'iodoforme ; 8 jours après, eschare au sacrum, de la largeur d'une pièce de 2 francs. Pansement à la poudre antiseptique employée dans le service composé de poudre de benjoin, d'eucalyptus, d'iodoforme etc, après 2 heures, apparition de démangeaisons. On lève le pansement : l'éruption partie de la plaie a la forme d'un érythème papuleux qui gagne rapidement la presque totalité du corps : les vésicules se montrent en différents points : la température monte à 39° et se maintient vers 38° pendant sept jours. — Le malade avait eu déjà des manifestations eczémateuses.

OBSERVATION XIII

*Due à Janonvsky de Prague, empruntée aux Comptes-Rendus du
Congrès de Copenhague (1884).*

Un jeune homme âgé de 28 ans contracte un chancre mou au commencement de février. L'ulcère siégeait à gauche dans la rainure ; les ganglions étaient infiltrés. Après la dissection du frénule faite à cause de la propagation de l'ulcère, j'ai pansé avec de l'iodoforme, le lendemain malaise général : il a des frissons. La température du soir s'élève jusqu'à 39°. Pas de localisation : l'ulcère était lardacé serpigneux. Au troisième jour, chute brusque de la température à 37°. Au côté antérieur du tronc, de l'abdomen, et de la poitrine, se présente un phénomène intéressant. Du ligament de Poupart droit se répand un érythème prononcé et distinct jusqu'à une ligne allant de la spina ossis ilei jusqu'à l'ombilic. L'érythème bien marqué se perd ici. A gauche, dans la région hypogastrique deux taches érythémateuses, ainsi qu'à la région antérieure de la poitrine. Sous le ligament de Poupart droit, on voit un érythème qui s'étend jusqu'au côté interne de la jambe : l'érythème cède à la pression du doigt et le malade ressent des petits picotements dans la région affectée. La peau n'est pas infiltrée : Point de bulles ni de dermatite érysipélateuse ; le quatrième jour, les ilots du côté gauche confluent, un érythème symétrique à celui du côté droit, déjà pâissant, s'étend à gauche. La température est sous-normale. Le sixième jour, on voit apparaître un érythème aux avant-bras, et dans la région lombaire ; le dixième jour, on voit aux endroits affectés un peu de décolle-

ment de la lamelle épidermique. D'abord je croyais à un érythème causé par un embarras gastrique chronique. Mais après deux jours, quand je voyais les mêmes phénomènes se produire après l'application du pansement listérien, je soupçonnais déjà l'iodoforme, l'observation de la marche de la maladie confirmait mes soupçons: une expérience vint les corrober. Le quatorzième jour je réappliquai l'iodoforme; et deux jours après je voyais réapparaître un nouvel érythème qui se terminait au côté gauche.

OBSERVATION XIV

Due à Janowsky

B. J. menuisier, âgé de 22 ans, entre sous le N° 8763 à la clinique le premier octobre de l'an passé. Il a une ulcération depuis 4 semaines et une adénite à l'aîne depuis quinze jours. L'ulcération siégeait sur la face externe du prépuce. A l'aîne droit on voit une tumeur fluctuante de la grosseur d'une orange. J'ouvris l'abcès et appliquai notre pansement typique à l'iodoforme. Le 2 octobre nous pouvons constater l'éruption, sans fièvre, d'un exanthème qui se compose de petits points isolés et confluents et qui se répand jusqu'au côté latéral droit du thorax et descend au-dessous de l'aîne, au côté antérieur de la jambe. On trouve aussi l'éruption au côté antérieur de l'avant-bras gauche. Au dos de rares traces de l'exanthème. Au troisième jour, l'exanthème se dissipe mais réapparaît avec le renouvellement du pansement d'iodoforme.

OBSERVATION XV.

due à Janowsky.

V. I. journalier, âgé de 31 ans, entre à la clinique le 29 novembre de l'année passée sous N° 11229,

Nous constatons des syphilides ulcéreuses qui se trouvent à la face, à la plante des pieds, aux membres et à la paume des mains. Nous avons essayé d'en accélérer la guérison par des méthodes différentes : nous avons pratiqué le râclage et la scarification sans arriver à un résultat satisfaisant. Nous avons administré l'arsenie, l'iode, la décoction de Zittmann, les pilules de sublimé corrosif sans effet quelconque. Le 12 avril, râclage de l'ulcération de la plante du pied gauche et pansement à l'iodoforme. Le lendemain, le malade se plaint de picotements, et le 14 avril, on constate l'éruption sans fièvre d'un érythème situé au côté interne et aux mollets des deux jambes. L'érythème avait la forme d'un érythème marginé ; ça et là la forme de l'érythème iris. Autour d'un centre érythémateux se trouvent des anneaux concentriques d'érythème par la peau saine et blanche. Il cède à la pression du doigt. 15 avril, nouvelle efflorescence aux fesses, à la région sacrée, et aux lombes.

OBSERVATION XVI.

due à Janowsky.

B. Employé, âgé de 48 ans, porteur de gommes cutanées au mollet gauche. Je prescris de l'iodure de potassium, et

j'applique à l'ulcération de l'iodoforme en poudre et de la gaze iodoformée. Au quatrième jour après le pansement, le malade se plaint de sensations de brûlure à l'hypogastre gauche, et la température s'éleva jusqu'à 38°. Pas de frisson, ni de malaise général. Le sixième jour, au moment de la défervescence de la fièvre apparaît un erythème à la région sus-dite, s'étendant rapidement jusqu'au devant du thorax gauche, à la partie antérieure de la jambe gauche et à la face interne du bras du même côté. Cet exanthème étant à son apogée, des bulles apparurent sur les parties érythémateuses, de la grosseur d'un pois (d'une lentille) jusqu'à celle d'une cerise. Ces bulles, remplies d'un liquide opalin, se transformèrent en croûtes épaisses et laissèrent des excoriations. Dès lors commença la décroissance rapide de l'exanthème et au bout de 13 jours, il avait disparu complètement.

OBSERVATION XVII.

due à *P. Fabre de Commentry*. Gazette médicale de Paris,
18 octobre 1884.

B. officier, âgé de 27 ans, a eu il y a trois ans, un chancre induré à la base du gland, à côté du frein ; le chancre guérit rapidement : il avait été pris pour un chancre mou.

Après l'apparition de divers accidents tels que plaques muqueuses et roséole, des gommes se développent à la tête. Traitement par la pommade au précipité blanc et l'iodoforme en poudre. En février dernier, nouvelles gommes au cuir chevelu et ulcérations traitées par le vigo. 3 gr. par jour d'iodure,

sirop de Gibert, 15 à 20 gr. par jour. Une éruption d'eczéma se déclare et envahit tout le cuir chevelu et les régions avoisinantes de la face. On suspend le traitement. On prescrit des tisanes rafraîchissantes : topiques émollients et poudre de fécule d'amidonx. L'éruption continue moins vive : plaques muqueuses au pharyn. Sirop de Gibert. L'eczéma guérit.

11 Saison à Barèges à la fin de juin, 25 bains pris : après le onzième on interrompt le traitement pendant une dizaine de jours en raison de plaques ulcérées et d'eczéma qui envahissait le cuir chevelu de nouveau. Guérison complète et départ de Barèges.

Le 4 septembre, gomme ulcérée aux lombes du côté gauche : plaques muqueuses buccales, une de ces plaques ressemblant à du rupia siège à la lèvre supérieure, vers la commissure gauche. Traitement par la pommade à l'extrait de ratanhia et glycérolé d'amidon. Le 6, la plaque de rupia semble gagner : on prescrit une pommade avec 2 gr. d'iodoforme pour 30 gr. d'axonge benzoïnée.

A la suite de la première application, un écoulement séreux et très abondant se produit. Tout le côté gauche de la face rougit : la tuméfaction et le suintement apparaissent. On accuse l'iodoforme. Le suintement continue le lendemain ; diminution cependant de la cuisson et de l'inflammation. B. se souvenant que l'iodoforme en nature antérieurement employé n'avait pas produit de pareils effets, renouvelle l'application de la pommade : d'où redoublement de l'inflammation. On constate une poussée eczémateuse sur tout le côté gauche de la face : les lèvres, surtout la supérieure, sont boursoufflées, la paupière de l'œil gauche oedématiée, le suintement plus abondant, sérosité très-claire. On suspend l'usage de la pommade : cataplasmes d'amidon, huile de ricin pour le lendemain, car la langue était saburrale.

9 Septembre : le côté gauche de la face est moins tuméfié ; il n'y a presque plus de suintement ; l'épiderme s'exfolie par places. On reprend le glycérolé de ratanhia pour panser la plaque de rupia ; il y a un peu de gingivite : on cesse le sirop de Gibert, 8 grames de chlorate de potasse par jour. On continue l'iodure à la dose de 2 grammes.

Le 11 au soir, comme on avait compris que j'ordonnerai de nouveau la pommade à l'iodoforme on fit une application avant que j'eusse vu le malade. Je ne le revis que le 12. Une nouvelle éruption vésiculeuse se produisit. Cataplasmes de fécule. Le traitement est repris ; le malade va très bien le 2 octobre.

OBSERVATION XVIII.

Due à Taylor.

Un homme âgé de 21 ans à la fin de 1885 présente deux petits chancres sur le prépuce : application d'iodoforme, trois heures après, le pénis et le scrotum sont rouges et gonflés et le siège d'un prurit intense avec sensation de brûlure. Le repos au lit et les lotions fraîches font disparaître les symptômes inflammatoires au bout de trois jours : Devant l'état stationnaire des chancres, on les touche avec une solution d'éther iodoformé. Quelques heures après se montre un œdème érythémateux presque aussi grave que la première fois. Pas de réaction générale.

OBSERVATION XIX.

Due à Taylor.

Un homme âgé de 32 ans, syphilitique depuis 4 ans, porteur de plaques de rupia, entre dans mon service à l'hôpital de la Charité, dans l'été 1884. Son état était si misérable qu'on chercha à traiter son estomac avant de commencer la médication interne. Les croûtes furent imprégnées d'huile et les ulcères très copieusement saupoudrés de poupre d'iodoforme. Un bandage fut appliqué. La nuit suivante le malade dormit très peu et se plaignit d'une vive démangeaison avec tension des parties malades. Le lendemain, une éruption érythémateuse d'un rouge foncé, s'étendit de la jambe à la cuisse. Céphalalgie intense, abattement et profonde anorexie. L'érythème apparut autour du cou et de l'épaule, grandit rapidement et se confondit avec l'éruption initiale du membre inférieur. En 48 heures tout le corps était recouvert : l'aspect était celui d'une scarlatine. Pas d'angine, le malade n'ayant pris clandestinement aucun autre médicament. L'usage de l'iodoforme fut supprimé : le rash pâlit et une véritable exfoliation se fit en 4 jours environ.

OBSERVATION XX.

Due à Taylor.

Une femme âgée de 28 ans, syphilitique depuis 4 ans, est admise à l'hôpital de la Charité à la fin de l'année 1882, pour

un ulcère envahissant de la jambe gauche : La plaie est largement saupoudrée d'iodoforme. On applique un bandage contentif, deux jours après la malade se plaint de douleurs, de sensation de brûlure de la région : diarrhée, vomissements, céphalalgie intense et prostration. Un érythème œdémateux presque aussi prononcé que celui de l'érysipèle débute par la jambe pansée, envahit la cuisse et l'hypogastre. Deux semaines s'écoulent avant que la cessation des troubles locaux et généraux ait lieu. La malade avait pris avant l'éruption de l'iodure de potassium sans accident.

OBSERVATION XXI.

Due à Taylor.

Une femme âgée de 26 ans, syphilitique depuis 4 ans, eut en juin 1885 un engorgement ganglionnaire à l'aîne du côté droit. Incision et grattage. La guérison fut retardée par l'apparition de nouveaux engorgements. Etat général mauvais. Le fond de l'ulcère est saupoudré de poudre d'iodoforme et bourré de gaz de même nature. Vers le 12^e jour, la maladie marchait à la guérison lorsque tout à coup, la plaie devint pâle, de mauvaise nature, laissant couler un liquide peu abondant et séro-sanguinolent. Les téguments, au niveau de l'aîne et de l'hypogastre deviennent douloureux, rouges et œdémateux. En 24 heures un espace étendu devient le siège d'un érythème à type nettement marginé.

Le second jour, des groupes de papules, vésico-pustules et pustules se développent : a l'aide d'un traitement approprié, l'érythème disparaît en 8 jours. En même temps, le

malade était devenu inquiet, faible, et abattu. La température montait à 39°. Les urines avaient été rares et albumineuses ; les quantités d'iodoforme employées minimales.

OBSERVATION XXII.

Due à Janowsky.

Un marchand, âgé de 24 ans, entre à la clinique avec un chancre mou, localisé à gauche du frénule et avec un bubon dans l'aîne droit. J'ouvris l'abcès et pansai avec de l'iodoforme. Le troisième jour après l'opération, léger malaise, élévation de la température jusqu'à 38° 9. Le malade se plaint d'une légère sensation de brûlure à l'aîne. En changeant tout de suite le pansement, je constatai un érythème siègeant au-dessus de mon incision et du ligament de Poupart, occupant aussi la région supérieure de la hanche gauche et la partie interne de la jambe correspondante. Quoiqu'il me connusse déjà en la nature de cette affection je réappliquai néanmoins le pansement à l'iodoforme. Le malaise général et la fièvre s'abaissèrent : la température du troisième jour tomba à 36°. Mais l'érythème occupait au bout du 4^e jour la partie antérieure du thorax, la peau de l'abdomen et la partie interne des jambes. Le 5^e jour, l'aspect des parties affectées changeait tout d'un coup : sur les plaques érythémateuses apparaissaient des points violets, de la grosseur d'une tête d'épingle, confluant en groupes au thorax et à l'hypogastre. Les points étaient formés par des extravasations sanguines. Je suspendis tout de suite le pansement à l'iodoforme, et appliquai le pansement au sublimé. Deux

jours après, l'érythème disparut et le 3^e jour, commencèrent les changements régressifs des extravasations. (Ainsi, dans ce cas, c'était un véritable érythème à volonté, se reproduisant à chaque nouvelle application d'iodoforme).

TABLEAU DRESSÉ

N°	Nom des auteurs	Sexe	Age	Nature de la lésion
1	Taylor.	m.	20	Erythème
2	»	m.	32	E. scarlatiniforme
3	»	f.	28	E. erysipélateoïde
4	»	f.	36	E. multiforme
5	»	m.	34	E. scarlatiniforme
6	Zeissl	m.	3	Erythème
7	»	m.	36	E. urticatum
8	Janowsky	m.	28	Erythème
9	»	m.	22	E. papuleux
10	»	m.	31	Erythème
11	»	m.	24	E. papuleux
12	»	m.	48	E. bulleux.
13	Koster-Syke	m.	2	E. bulleux
14	Trèves	f.	13	E. papul. et vésiculeux
15	Taylor	m.	27	Eczéma madidans
16	»	m.	36	id.
17	Taylor et Stein	m.	30	id.
18	Putnam	f.	20	Eczéma rubrum.
19	Taylor	m.	61	Eczéma madidans
20	Fabre	m.	27	id.
21	Fifield	f.	adulte	id.
22	Goodell	f.	40	id.
23	Janowsky	f.	16	Purpura
24	Hoepfl	f.	37	Erythème

PAR TAYLOR

date d'apparition	Symptômes généraux
3 heures	
quelques heures	Anorexie, fièvre, cephalalgie
2 jours	Vomissem., diarrh., céphalal., délire, fièvre
12 jours	Fièvre, malaise, vomissements
2 jours	
14 jours	Élev. de températ., vomissem., urines album.
10 jours	
1 jour	Fièvre
24 heures	
48 heures	
3 jours	Fièvre
3 jours	Fièvre légère
peu de temps	Pas d'indication
14 jours	Fièvre Céphalalgie,
1 jour	
3 heures	Céphalalgie, perte d'appétit
quelques heures	
peu d'heures	fièvre
id	
24 heures	
24 heures	
9 jours	Un peu de fièvre, pouls irrégulier
3 ^{me} jours	
incertain	Mort le 10 ^e jour dégénér. du foie, des reins.

CONCLUSION

Il existe trois formes d'intoxication iodoformique : la forme cérébrale ou délirante, la forme syncopale ou hypothermique, la forme éruptive.

Les deux premières ont été bien étudiées sous la dénomination d'accidents généraux : la synthèse des manifestations cutanées qui constituent la dernière est resté jusqu'à présent à l'état d'ébauche.

Les éruptions iodoformiques sont par ordre de fréquence :

1° l'Erythème sous toutes ses formes : simple, papuleux, vésiculeux, bulleux.

2° l'Eczéma.

3° le Purpura.

L'Erysipèle ne doit pas rentrer dans la catégorie des éruptions dues à l'iodoforme : il est imputable à une faute contre l'antisepsie.

Le rapport qui existe entre la coexistence des éruptions et l'intoxication générale paraît être le suivant : c'est surtout aux deux premiers degrés de la catégorie de Schede, qu'on voit apparaître les troubles cutanés. Cette coexistence n'existe presque jamais au 3^me degré ; un seul cas a été observé, et suivi de mort.

Le principal facteur étiologique des éruptions est constitué par les diathèses, rhumatismale, eczémateuse : L'idiosyncrasie ou prédisposition individuelle doit être reléguée au second plan.

L'Iodoforme est non seulement absorbé par la voie cutanée, mais encore par la voie pulmonaire : la pénétration du poison par la voie intestinale ne paraît pas suivie de troubles cutanés.

Il est de la plus haute importance de reconnaître l'existence de pareils accidents : la suppression de la cause entraînant rapidement la disparition des accidents.

La date d'apparition de l'exanthème est un bon élément de diagnostic : dans la moitié des cas on voit apparaître l'empoisonnement de très bonne heure, quelques heures suffisent. C'est un bon caractère distinctif des autres éruptions médicamenteuses où les symptômes n'apparaissent que plus tard vers la deuxième semaine.

L'apparition d'un eczéma persistant ou interrompu, dont on ne peut déceler l'étiologie, doit faire penser à une intoxication iodoformique : les suppositoires, les tampons à l'iodoforme sont ordinairement les voies cachées par où se produit l'absorption.

Pour éviter les complications cutanées dues à l'iodoforme, il importe de connaître certains principes qui doivent présider à son mode d'emploi : c'est ainsi qu'on devra toujours employer des quantités minimales de substance, rarement renouveler le pansement, surveiller attentivement les plaies des os, les trajets fistuleux, et n'employer le topique qu'a-

vec une extrême réserve sur les plaies fraîches, dont le coefficient d'absorption est considérable.

Vu par le président de la thèse :
BENJAMIN BALL

Vu par le doyen :
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le vice Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.